

**МОНИТОРИРОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕФОРМИРУЕМОСТИ
ЭРИТРОЦИТОВ, АГРЕГАЦИИ ЛЕЙКОЦИТАРНО-ТРОМБОЦИТАРНОЙ
СУСПЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИЕЙ II СТЕПЕНИ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ**

Сероухова О.П.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы
медицинский университет»*

Введение. Агрегация клеточных элементов, состояние реологических свойств крови (деформируемости эритроцитов) являются одними из важных факторов, ассоциированных с повышением риска летальных исходов и поражений жизненно важных органов у больных артериальной гипертензией. Известно

также, что указанные показатели динамически изменяются как под влиянием проводимой терапии, так и без оной. Остается не ясным, как часто необходимо исследовать показатели деформируемости эритроцитов, агрегации лейкоцитарно-тромбоцитарной суспензии у больных артериальной гипертензией, чтобы дать ответ об адекватности их медикаментозной коррекции.

Цели исследования. Разработать метод мониторингирования состояния деформируемости эритроцитов (ДЭ), агрегации лейкоцитарно-тромбоцитарной суспензии у больных артериальной гипертензией II степени. Оценить изменения деформируемости эритроцитов, степени и скорости агрегации лейкоцитарно-тромбоцитарной суспензии у больных артериальной гипертензией II ст. под влиянием гипотензивных препаратов.

Материалы и методы. Обследовано 37 больных АГ II ст., поступивших в кардиологическое отделение Центральной городской клинической больницы г. Витебска в связи с гипертоническим кризом (ГК). Средний возраст больных составил $58,7 \pm 14,2$ лет. Мужчин было 18, женщин - 37. Стаж АГ составил $11,8 \pm 7,5$ лет. Адреналин-индуцированная (конечная концентрация в кювете 5×10^{-5} г/л) агрегация ЛТС исследовалась с помощью агрегометра «СОЛАР». Исследования деформируемости эритроцитов проводили по скорости прохождения суспензии по пористым фильтрам.

Оценку деформируемости эритроцитов, показателей агрегации лейкоцитарно-тромбоцитарной суспензии осуществляли в 1-е сутки поступления пациента в стационар. 7-10 сутки стационарного лечения, через каждые 10-15 дней после выписки в течение 6 месяцев.

Гипотензивные препараты использовали в следующих дозах: эналаприл 10-40 мг/сут, метопролол 50-100 мг/сут, гипотиазид 25-50 мг/сут. Комбинированную гипотензивную терапию указанными препаратами получали 49 человек (89%). Материал обработан с помощью пакета программ «Statistica 6.0».

Результаты и обсуждение. У больных артериальной гипертензией II ст. при поступлении в кардиологическое отделение уровни систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления составляли соответственно $191,5 \pm 27,1$ и $109 \pm 12,2$ мм. рт. ст. Прием гипотензивных препаратов у больных АГ сопровождался снижением САД до $132,4 \pm 7,5$ мм. рт. ст. ($p < 0,001$) и ДАД до $82 \pm 5,3$ мм. рт. ст. ($p < 0,001$).

Исследование динамики показателей агрегации ЛТС, деформируемости эритроцитов через каждые 10-15 дней после выписки в течение 6 месяцев позволило выявить нестабильность изменений показателей агрегации ЛТС, деформируемости эритроцитов, динамику указанных показателей, влияние различных комбинаций гипотензивных препаратов на изменения агрегации ЛТС, деформируемости эритроцитов.

Целевого уровня АД удалось достигнуть у 85% пациентов, но оказалось, что среди данных пациентов 48% отличаются относительно нестабильным уровнем АД, причем состояние агрегации ЛТС, деформируемости эритроцитов было также нестабильным (выявлены как периоды улучшений, так и ухудшений). Определена достоверная положительная корреляция уровней АД и показателей агрегации лейкоцитарно-тромбоцитарной суспензии ($r = 0,47$, $p < 0,05$).

Определено, что из 12 пациентов, получавших монотерапию эналаприлом, в 10 случаях отмечается нестабильность показателей агрегации ЛТС, из 11 пациентов, получавших терапию эналаприлом в сочетании с метопрололом и

гипотиазидом, подобная ситуация наблюдалась у 4, из 16 пациентов, , принимавших комбинацию из 3-4 препаратов (эналаприл+метопролол+амлодипин+гипотиазид) только у 2 отмечена нестабильность показателей агрегации ЛТС. Таким образом, показано, что при комбинации из 3 и более гипотензивных препаратов достоверно ($p<0,05$) реже отмечается нестабильность показателей агрегации ЛТС.

При анализе причин положительной динамики деформируемости эритроцитов выяснилось, что одним из важных аспектов этого явилось включение в схему лечения бета-блокатора метопролола.

Выводы.

1. Мониторирование показателей деформируемости эритроцитов, агрегации лейкоцитарно-тромбоцитарной суспензии (каждые 10-15 дней в течение 6 месяцев) позволяет выявить нестабильность изменений показателей агрегации ЛТС, деформируемости эритроцитов, динамику указанных показателей. влияние различных комбинаций гипотензивных препаратов на изменения агрегации ЛТС, деформируемости эритроцитов.

2 У лиц со стабильным течением АГ мониторинг показателей деформируемости эритроцитов, агрегации лейкоцитарно-тромбоцитарной суспензии достаточно проводить 1 раз в месяц.

3 Определено, что комбинация из 3 и более гипотензивных препаратов, достоверно ($p<0,05$) способствует стабилизации показателей агрегации ЛТС у больных артериальной гипертензией II ст

4. У больных, получавших комбинированную терапию с включением в схему бета-блокатора метопролола достоверно реже отмечается нестабильность показателя деформируемости эритроцитов.